

ANTTI MÄNTYLÄ  
FaT, MBA  
Kehittämispäällikkö, Fimea

ANNE KUMPUSALO-VAUHKONEN  
Proviisori, sisätauti-kirurginen sairaanhoitaja  
Suunnittelija, Fimea

TIMO JÄRVENSIVU  
KTT  
Tutkija, Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu

# LÄÄKKEIDEN KÄYTÖN HAASTEET – ratkaisuja moniammatillisilta tiimeiltä ja kansalliselta verkostolta

Fimea on koonnut moniammatillisen verkoston ikäihmisten lääkkeiden käytön järjeistämiseksi. Tavoitteena on juurruttaa hyviä lääkehoidon käytäntöjä sosiaali- ja terveydenhuollon arkeen. Tätä tukemaan laaditaan kansallinen ohjeistus. Tärkeintä on innostaa kaikki lääkehuollon toimijat edistämään lääkkeiden järkevää käyttöä.

Väestön ikääntyminen lisää lääkkeitä tarvittavaa. Lääkemäärän kasvuun liittyy suurentunut haitta- ja yhteisvaikutusten vaara. Lääkkeiden epätarkoituksenmukaiseen käyttöön liittyviä ilmiöitä on kuvattu kattavasti alan kirjallisuudessa, ja ne ovat tuttuja myös käytännön tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä.

Lääkkeitä ei aina käytetä ohjeiden mukaisesti. Potilaalla on usein puutteelliset tiedot terveydentilastaan ja sen hoidosta. Potilaan kokonaislääkitys, joka kattaa resepti- ja itsehoitolääkkeet sekä rohdosvalmisteet, on harvoin täysin tiedossa. Lääkitystiedon hajanaisuus eri hoitopaikkojen välillä usein vaikeuttaa järkevän lääke-

hoidon toteutumista. Tarpeeton monilääkitys heikentää potilaan elämänlaatua sekä lisää lääke- ja muita terveydenhuollon kustannuksia.

Tällä hetkellä terveydenhuollossa ei hyödynnetä parhaalla tavalla kaikkien ammattiryhmien ammattitaitoa. Moniammatillinen yhteistyö luo pohjan saumattomalle, organisaatorajat ylittävälle ja asiakaskeskeiselle palvelukokonaisuudelle.

## Moniammatillinen verkosto kehittää käytäntöjä

Fimea on koonnut moniammatillisen verkoston ikäihmisten lääkkeiden käytön järjeistämiseksi. Verkoston

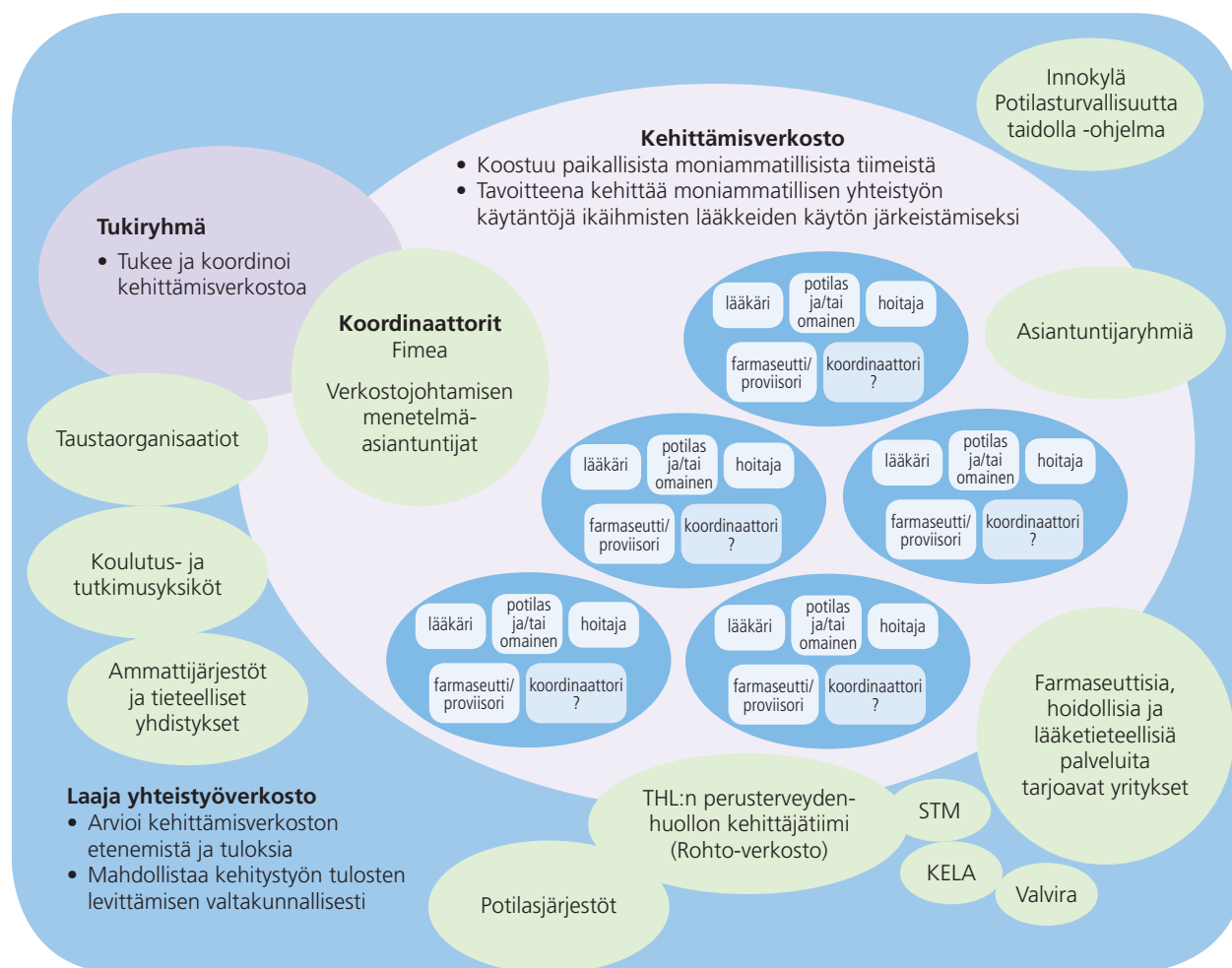
tärkein tavoite on innostaa kaikki lääkehuollon toimijat edistämään lääkkeiden järkevää käyttöä. Verkostossa ei haeta nopeita, ylhäältä alas pudotettavia ratkaisuja lääkehoidon ongelmiin. Sen sijaan siinä pyritään tukemaan lääkehuollon toimijoiden omaa kehittämisvoimaa sekä uusien toimintatapojen omaehtoista kehittämistä ja juurruttamista.

Verkostomaiset työskentelytavat perustuvat keskinäisen luottamuksen ja sitoutumisen syventämiseen. Innovaatio- ja verkostotutkimusten mukaan ne ovat keskeisempiä innovaatioiden lähteitä kuin hierarkkisemmat työryhmävetoiset toimintatavat (Järvensivu ym. 2013).

Valittu lähestymistapa on perinteistä kehittämistyötä avoimempi, mutta se vaatii kehittäjiltä kykyä sietää epävarmuutta. Pidemmällä aikavälillä tämä toimintatapa edistää tiedon liikkuvuutta, yhteistyön syvenemistä ja innovaatioiden leviämistä.

Verkoston ydin on paikallisista moniammatillisista tiimeistä koostuva kehittämisverkosto (kuvio 1). Tiimeissä on mukana samalla paikkakunnalla toimivia lääkäreitä ja sairaanhoitajia sekä farmaseutteja tai proviisoreja. Paikallisten tarpeiden ja voimavarojen mukaan tiimeihin kuuluu myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammatilaisia.

Kuvio 1. Moniammatillisen verkoston rakenne.



## *Myös potilaiden ja potilasjärjestöjen kuuleminen on tärkeää, koska kehittämistyön tarkoitus on ensisijaisesti parantaa potilaiden hyvinvointia.*

Verkoston kokoaminen aloitettiin haastattelemalla laajasti terveydenhuollon käytännön toimijoita eri puolilta Suomea. Kehittämistyöllä pyritään löytämään ratkaisuja lääkkeiden järkevän käytön esteisiin arjessa, joten liikkeelle lähdettiin tiimien kohtaamista käytännön haasteista. Myös potilaiden ja potilasjärjestöjen kuuleminen on tärkeää, koska kehittämistyön tarkoitus on ensisijaisesti parantaa potilaiden hyvinvointia.

Suomessa monet osaavat tekijät pyrkivät järjehtämään lääkehoitoja. Heistä on nyt alettu koota laajaa lääkehuollon toimijoiden yhteistyöverkostoa tueksi tiimeistä koostuvalle kehittämisverkostolle. Laajan yhteistyöverkoston alkusysäys oli huhtikuussa 2013 järjestetty ensimmäinen, jatkossa vuosittain toistuva seminaari.

### **Kansallinen ohjeistus edistää lääkkeiden järkevää käyttöä ja moniammatillista yhteistyötä**

Fimea laatii yhteistyössä verkoston kanssa lääkkeiden järkevää käyttöä edistävät kansalliset ohjeet. Niissä tullaan kuvaamaan sekä kansallisia että kansainvälisiä hyviä moniammatillisia käytäntöjä.

Terveydenhuollon toimijoille tehdyn haastattelukierroksen ja kehittämistiimien työpajatyöskentelyn pohjalta on tähän mennessä tunnistettu seuraavat ydinkysymykset:

1. Missä ja miten tunnistetaan lääkitysongelmainen potilas?
2. Miten tieto liikkuu eri toimijoiden välillä?
3. Missä lääkitys laitetaan kuntoon?
4. Miten lääkitys laitetaan kuntoon?
5. Miten seurataan toteutettuja lääkitysmuutoksia?
6. Miten edistetään moniammatillisuutta?

Kansallista ohjeistusta työstetään pitkäjänteisesti, ja työskentelytapana on avoin. Ensimmäinen versio kansallisesta ohjeistuksesta valmistunee vuoden 2015 loppuun mennessä. Sen tarkoituksena on tukea hyvien käytäntöjen juurtumista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköihin.

### **Missä ja miten tunnistetaan lääkitysongelmainen potilas?**

Terveydenhuollon ammattilaiset eivät läheskään aina osaa tunnistaa lääkkeiden osuutta potilaan voinnin huononemisesta. Lisäksi liian usein roolit ja vastuut lääkitysongelmien tunnistamisesta ovat epäselvät. Jokaisen ammattilaisen tulisi osata epäillä lääkitysongelmaa ja ohjata potilas paikkaan, jossa lääkitysongelmat voidaan arvioida.

Joissakin toimintayksiköissä potilaiden lääkitysongelmien tunnistaminen on jo tällä hetkellä osa jokapäiväistä ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Myös joidenkin avoapteekkien ja terveyskeskusten kesken on luotu moniammatillisia käytäntöjä lääkitysongelmien tunnistamiseen ja arviointiin.

Lääkitysongelmaisen potilaan tunnistaminen edellyttää riittävästi osaavaa henkilökuntaa. Erityisesti riittävän gerontologisen osaamisen puuttuminen voi vaikeuttaa ikäihmisten lääkitysongelmien huomaamista.

### **Miten tieto liikkuu eri toimijoiden välillä?**

Oikea, ajan tasalla oleva lääkitystieto on edellytys hyvälle hoitopäätöksille. Jos tieto ei kulje, potilas kärsii. Pahimassa tapauksessa potilasturvallisuus vaarantuu.

Tiedonkulkuongelmat ovat ehkä keskeisin lääkkeiden järkevän käytön ja moniammatillisen yhteistyön

haasteista. Terveysthuoltojärjestelmässä on tiedonkulkuongelmia sekä terveydenhuollon ammattilaisten kesken että terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan välillä.

On valitettavaa, että terveydenhuollon ammattilaisilla ei useinkaan ole käytössään esimerkiksi potilaan ajan tasalla olevaa lääkitystietoa. Potilaalla ei välttämättä ole mukana ajan tasalla olevaa lääkekorttia tai lääkitystiedot eivät ole kunnossa sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Lääkitystiedon saanti vaikeutuu edelleen, jos potilas käy usean eri erikoissalan lääkäreiden vastaanotoilla tai sekä julkisella että yksityisellä puolella. Lisäksi lääkelistoilta yleensä puuttuu tieto itsehoito- tai rohdosvalmisteista.

### Missä lääkitys laitetaan kuntoon?

Lääkityksen kuntoon laittaminen edellyttää hoitotyön ja moniammatillisuuden hyvää organisointia, kuten esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimivaa yhteistyötä. Rakenteellisten puutteiden takia lääkitysongelmaepäilyt eivät johda mihinkään. Pahimmillaan potilaan kokonaislääkityksestä ei kukaan kanno kokonaisvastuuta.

Eriytyinen haaste on siirtää tieto ja samalla vastuu lääkitysongelmaepäilystä potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta muualle. Lääkityksen kuntoon laittamiseksi tarvitaankin toimivat hoitoprosessit, joissa lääkitysongelmainen potilas ohjataan sujuvasti eriasteisiin lääkitysten tarkistuksiin tai arviointeihin.

### Miten lääkitys laitetaan kuntoon?

Lääkitysten kuntoon laittamisessa korostuu lääkkeiden määräämisen merkitys. Ammattiryhmien yhteistyö lähete terveydenhuollon kokonaisuuden ja potilaan tarpeista, jolloin esimerkiksi farmaseuttinen osaaminen on osa lääkkeen määräämistä ja seurantaa.

Fimean kokoamassa verkostossa monessa kehittämistiimissä farmaseuttinen osaaminen on painottunut jo pitkään kliinisen farmasian hyödyntämiseen ja sen palvelujen tuottamiseen. Näihin kuuluvat esimerkiksi lääkehoitosuunnitelmien koordinointi sekä eriasteiset lääkitysten tarkistukset ja arvioinnit.

Sairaanhoidajien ja muiden hoitajien työpanosta tarvitaan yhä enemmän lääkehoidon seurannassa. Hoitajien

antama palaute lääkärille potilaan lääkehoidon vaikutuksista edesauttaa lääkehoidon onnistumista.

Näin moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien tuoma tieto tukee lääkärin hoitopäätösten tekoa. Arvioinneissa ja päätöksenteossa voidaan hyödyntää erilaisia lääkityksen tarkistustyökaluja (Leikola ym. 2013, Laine ym. 2013) ja päätöksentekijärjestelmiä.

### Miten seurataan toteutettuja lääkitysmuutoksia?

Toteutettujen lääkitysmuutosten vaikutusten arviointiin ja seurantaan tarvitaan yhteisesti sovitut toimintatavat ja vastuullinen asenne. Monisairaiden ja monilääkittyjen ikäihmisten on päästävä vuosittain oman lääkärin vastaanotolle. Omalääkäri vastaa potilaan lääkehoidon seurannasta ja kantaa kokonaisvastuun hänen hoidostaan.

Monisairas saattaa olla hoidettavana useassa eri hoito-organisaatiossa. Tällöin on erityisen tärkeää varmistaa tieto lääkitysmuutoksista potilaan hoitopaikan vaihtuessa.

### Miten edistetään moniammatillisuutta?

Moniammatillisuutta edistävät parhaiten eri ammattiryhmien välinen keskinäinen arvostus sekä yhteistyömyönteinen asenne. Luottamuksen syntyminen edellyttää toisten ammattiryhmien osaamisen ja ammattitaidon tuntemista.

Tähän kaikkeen tarvitaan organisaatioiden ja niiden johdon tukea, riittävää resursointia sekä moniammatillisuutta tukevia paikallisia ja valtakunnallisia normeja ja rakenteita. Lisäksi moniammatillisuuteen tulisi antaa valmiuksia jo eri ammattiryhmien peruskoulutuksissa.

Kansallisessa ohjeistuksessa kuvataan se, miten eri ammattiryhmien yhteinen tahtotila on syntynyt. Siinä esitetään käytännön esimerkeillä, miten tiimi edistää järkevää lääkehoitoa moniammatillisesti. ■

### Kirjallisuutta

Järvensivu T, ym. Lääkkeiden järkevän käytön kehittäminen moniammatillisissa tiimeissä ja verkostoissa. *Dosis* 2013; 29: 11–9.

Leikola S, ym. Salko – Lääkityksen tarkistustyökalu apteekeille. *Dosis* 2013; 29: 47–53.

Laine K, ym. Pharao – Lisäpotkua Sfinxiin. *Dosis* 2013; 29: 54–8.